

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 21

PROCÉDÉS ORIGINAUX
DE
RÉFECTION d'une FENTE PALPÉBRALE
à travers la paupière supérieure

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

LE MERCREDI 28 MAI 1941

PAR

SILVIO ROSSO

Né à Monte-Carlo (Principauté de Monaco), le 8 janvier 1914

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examineurs
de la Thèse**

MM. DÉJEAN, Professeur, *President*.

TERRACOL, Professeur.

ROUX, Agrégé.

BERT, Agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CHARLES DEHAN

1941

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 21

PROCÉDÉS ORIGINAUX
DE
RÉFECTION d'une FENTE PALPÉBRALE
à travers la paupière supérieure

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

LE MERCREDI 28 MAI 1941

PAR

SILVIO ROSSO

Né à Monte-Carlo (Principauté de Monaco), le 8 janvier 1914

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. DÉJEAN, Professeur, *Président*.
TERRACOL, Professeur.
ROUX, Agrégé.
BERT, Agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE CHARLES DEHAN

1941

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie.....	MM. J. DELMAS.
Histologie.....	TURCHINI.
Physiologie.....	L. HEDON.
Chimie biologique médicale et Toxicologie...	CRISTOL.
Physique médicale.....	PECH.
Anatomie pathologique et médec. expériment.	BAUMEL.
Microbiologie.....	N.
Pathologie et thérapeutique générales.....	PAGÈS.
Thérapeutique et Matière médicale.....	JANBON
Hydrologie thérapeutique et climatalogie...	PUECH.
Hygiène.....	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale.....	VIDAL J.
Pathologie médic. et clin. propédeutique.....	BOULET.
Clinique médicale.....	RIMBAUD.
Clinique chirurgicale.....	GIRAUD.
Clinique obstétricale.....	MASSABUAU, <i>assesseur.</i>
Clinique des maladies ment. et nerv.....	RICHE.
Clinique des malad. des enf. et hyg. du 1 ^{er} âge...	P. DELMAS.
Clinique de dermatosyphiligraphie.....	EUZIERE, <i>doyen</i>
Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	BOUDET.
Clinique des maladies des voies urinaires...	MARGAROT.
Clinique gynécologique.....	ETIENNE
Clinique ophtalmologique.....	JEANBRAU.
Clinique d'oto-rhino-laryng.-maxillo-faciale.	LAPEYRE.
Radiologie (Ch. de c.).....	DEJEAN.
Anatomie (Ch. de c.).....	TERRACOL.
Histologie (Ch. de c.).....	LAMARQUE.
Propédeutique chirurgicale (ch. de c.).....	LAUX.
	GRANEL.
	AIMES.

Honorariat

RODET, TÉDENAT, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS. CABANNES
GALAVIELLE, VIRES, BOSCH, VILLARD, GRYNFELT.

Chargés de Cours complémentaires

Histoire Naturelle médicale.....	MM. HARANT, agr.
Pathologie Médic. et clin. propédeutique médic.	N.
Clinique propédeutique médicale.....	P. RIMBAUD, agr.
Clinique des maladies contagieuses.....	JANBON, prof.
Clinique phthisiologique.....	VIDAL, prof.
Chirurgie expérimentale.....	GUIBAL, agr.
Pathologie externe.....	MOURGUE-MOLINES, agr.
Médecine opératoire.....	ROUX, agr.
Accouchements.....	CADERAS DE KERLAU.
Stomatologie.....	FERRIER, (Ch. de c.).

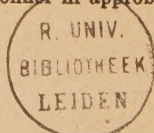
Agrégés en Exercice

Médecine ... {	MM. P. RIMBAUD.	Chirurgie. {	MM. MOURGUE-MOLINES
	BOUCOMONT,		ROUX,
	BERT.		GUIBAL.
Urologie.....	TRUC.	Bactériologie.	CARRERE.
		Chimie.....	MONNIER.
		Accouchement	CADERAS de KERLAU.
		Hist. nat. méd.	
		et parasitol.	HARANT.

Examineurs de la Thèse

MM. DÉJEAN, <i>professeur, président.</i>	ROUX, <i>agré.</i>
TERRACOL, <i>professeur</i>	BERT, <i>agré.</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PÈRE

dont l'affection et les sacrifices
sont pour moi inoubliables.

A MA MÈRE

dont la tendresse n'a de limites
que celles de ses forces.

A TOUS MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

S R.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEJEAN

PROFESSEUR D'OPHTALMOLOGIE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Il nous a fait l'honneur de nous confier ce travail original.

Nous ne saurions oublier combien nous lui sommes redevable pour son précieux enseignement et l'appui important qu'il nous a donnés dans la mise au point de cette thèse

S. R.

A MON JURY DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR J. TERRACOL

PROFESSEUR DE CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROUX

CHIRURGIEN DU CENTRE ANTI-CANCÉREUX

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J.-M. BERT

qui nous ont fait l'honneur de siéger à
notre jury de thèse.

Qu'ils veuillent bien accepter avec tous
nos remerciements, l'expression de nos
sentiments respectueux.

S. R.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL DELMAS

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MEMBRE DE L'ACADÉMIE ROYALE MÉDICO-CHIRURGICALE DE ROME

MEMBRE CORRESPONDANT

DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BOLOGNE

S. R.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN DELMAS

PROFESSEUR D'ANATOMIE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Depuis le début de mes études
médicales vous m'avez pro-
digué de précieux conseils.
Veuillez croire à mes sentiments
de profonde reconnaissance
pour toutes ces preuves de
bienveillance.

S. R.

A MÈS MAÎTRES DANS LES HOPITAUX
MONSIEUR LE PROFESSEUR J. EUZIÈRE
DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER
PROFESSEUR DE NEUROLOGIE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. MASSABUAU
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

dont les leçons chirurgicales
resteront pour moi des modèles
de clarté et de précision.

En témoignage de ma respec-
tueuse admiration.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUIBAL

MONSIEUR LE DOCTEUR J. FERRIÉ
CHEF DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

MONSIEUR LE DOCTEUR CADILHAC
MÉDECIN-CHEF DES HOPITAUX DE SÈTE

MONSIEUR LE DOCTEUR RICARD
CHIRURGIEN-CHEF DES HOPITAUX DE SÈTE

MONSIEUR LE DOCTEUR GUIRAUDEN
MÉDECIN-CHEF DE LA MATERNITÉ
DES HOPITAUX DE SÈTE

S. R.

PROCÉDÉS ORIGINAUX
DE
RÉFECTION D'UNE FENTE PALPÉBRALE
à travers la paupière supérieure

HISTORIQUE

La réfection par des opérations plastiques d'une paupière détruite dans toute son épaisseur, date de la plus haute antiquité.

L'ingénieuse méthode des Fakirs Indous, avant l'ère chrétienne, résume le premier système de chirurgie réparatrice qui évite de vastes amputations disgracieuses de la face. Elle consiste à tailler un lambeau cutané au voisinage de la plaie à recouvrir et ensuite à rabattre ce lambeau sur la plaie. Au ^{xv}^{me} siècle, la méthode indienne se répandait dans toute l'Europe.

La médecine grecque, sous l'impulsion de Celse, Egine et Aetius, apporta un nouveau procédé de transplantation par glissement du lambeau. Leur méthode ne pouvait s'appliquer qu'aux éversions peu considérables des paupières.

Le médecin italien Antonio BRANCA, de Catane (en 1442) réalisa la première autoplastie ou greffe cutanée pédiculée, mais ce fut son compatriote TAGLIACCOZZI, de Bologne, qui, en 1546, fut le véritable créateur et vulgarisateur de la méthode italienne. TAGLIACCOZZI fixait un lambeau pédiculé de peau du bras sur la partie du

visage à recouvrir, le pédicule était sectionné dès que le fragment de peau détachée conservait sa vitalité.

RENEAUME DE LA GARANNE, BERGER, SNYDACKER, MORAX apportèrent à cette méthode d'utiles modifications, qui gardaient toute leur valeur suivant l'indication opératoire de chaque cas particulier.

DE GRAEFE, en 1818, dans son « *Traité de Rhinoplastie* », donna les premières indications d'une greffe cutanée sans pédicule, que cependant seul BUNGEN réussit quelques années plus tard (1823) par prélèvement d'un lambeau cutané au niveau de la cuisse du patient.

Enfin les nombreux procédés mis à jour au XIX^{me} siècle par FRICKE (Hambourg 1829), MIRAULT (Angers 1842), MAISONNEUVE (1846), HUGUIER (1849), etc..., n'avaient qu'en vue la restauration du plan cutané de la paupière, mais ni le plan tarso-conjonctival ni la muqueuse n'étaient reconstitués. Or, lorsque le globe oculaire est intact « il importe au contraire, comme l'a si bien dit M. DUPUY-DUTEMPS, que la face postérieure de la paupière reconstituée soit tapissée par une muqueuse, pour éviter le contact de la cornée avec une surface irrégulière ou épidermique. De plus, il est utile, par l'inclusion dans son épaisseur d'un tissu résistant, comme le tarse, de lui donner une rigidité qui maintienne sa forme et empêche l'enroulement du côté de l'œil de sa face épidermique. »

Le globe oculaire étant intact, il était utile en outre de maintenir la conjonctive bulbaire au contact d'une muqueuse.

Certains chirurgiens du XIX^{me} siècle, qui améliorèrent la blépharoplastie, parlèrent de greffes chondrodermiques, tel qu'un prélèvement de cartilage au niveau de la face postérieure de l'hélix, tandis que pour aider à la

restauration du plan conjonctival on préconisa des greffes muqueuses prises sur la conjonctive d'un lapin ou bien d'autres muqueuses (muqueuse vaginale ou muqueuse labiale) appartenant en propre au malade. Mais un greffon de muqueuse implanté sur un lambeau cutané transporté lui-même d'ailleurs et mal nourri, se nécrosait et tombait.

Aucun résultat encourageant ne put être obtenu à cause de la résorption trop rapide de ces greffes muqueuses. Ainsi, il apparaissait comme évident que la meilleure réfection d'une paupière était de substituer aux parties détruites des tissus histologiquement semblables pris à l'autre paupière. Le mérite en revint à DENONVILLIERS (1856) qui, dans la thèse de CAZELLES, montra l'association de la tarsorrhaphie et de la blépharorrhaphie à pédicule.

GRANEDIGO en Italie, puis LANDOLT en France, vulgarisèrent un nouveau procédé de blépharoplastie par utilisation de la paupière opposée. LANDOLT considère dans l'anatomie des paupières deux feuillets : l'un externe, avec la peau et le muscle orbiculaire, l'autre interne, constitué par un tissu conjonctif sous-musculaire, le tarse et la conjonctive. Par une section dans le plan frontal on obtient deux surfaces avivées par séparation de ces deux feuillets.

Entre ces deux surfaces avivées on peut aisément fixer un autre lambeau avivé prélevé sur la paupière opposée. Ce n'est que trois mois après que l'on pourra seulement obtenir à travers la paupière supérieure une nouvelle fente palpébrale. De ce fait, la protection de l'œil reste assurée, malgré l'effet inesthétique de la rangée de cils déportée en pleine paupière et la mise à nu de l'ouverture palpébrale.

CIRINCIONE (Palermo 1901) dédoublant la paupière supérieure en deux plans, suture en bas le plan profond tarsien, tandis qu'un lambeau pédiculé frontal se fixe en bas au niveau de l'ouverture cutanée et plus haut sur la partie ciliaire de la paupière saine.

Pour obtenir un résultat esthétique plus certain, KÖLLNER (de Berlin) se sert d'un lambeau du tarse de la paupière supérieure laissé adhérent à la conjonctive du cul-de-sac supérieur et qui est suturé en bas, de telle façon qu'il ne fait que se substituer au squelette de la paupière inférieure détruite. La peau est remplacée par des greffes épidermiques de Thiersch. Une semaine plus tard on sectionnera le pédicule conjonctival.

Ces dernières années, M. DUPUY-DUTEMPS conçoit un procédé « qui, pour chaque cas, modèle plus exactement la réparation d'après la forme et l'étendue de la perte de substance ». Il réunit par suture les plans tarso-conjonctivaux des deux paupières, puis il comble, par un lambeau pédiculé pris à la paupière saine, la brèche cutanée. Ensuite le diaphragme tarso-conjonctival est sectionné le long du bord ciliaire de la paupière saine.

Cet excellent procédé reconstitue dans tous ses éléments le plan tarso-conjonctival de la paupière détruite, remplissant ainsi un meilleur rôle fonctionnel que n'importe quelle autre greffe cartilagineuse, muqueuse ou épidermique. De plus, le procédé de M. DUPUY-DUTEMPS sauvegarde l'esthétique grâce à la conservation des cils au niveau du bord libre de la paupière supérieure.

Mais ce procédé s'applique-t-il à toute destruction de paupière ?

Notre maître, M. le professeur Charles DEJEAN, s'inspirant du travail de DUPUY-DUTEMPS, a conçu un nouveau procédé qui trouvera sa plus fréquente application

dans la réparation des exérèses pour épithélioma. Les résultats pratiques excellents ont chaque fois permis d'obtenir un fonctionnement palpébral correct. Avant de le présenter, il est nécessaire de rappeler quelques notions élémentaires d'anatomie et de physiologie palpébrales.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DES PAUPIÈRES

Les paupières constituent l'organe de protection de l'œil. Situées en avant du globe de l'œil, à la base de l'orbite, elles sont formées par deux voiles musculo-membraneux qui ferment la base de la pyramide orbitaire.

Au-dessous d'une peau fine et d'une très mince couche celluleuse sous-cutanée, la charpente squelettique des paupières est formée par une couche fibro-élastique composée près du bord palpébral d'une plaque cartilagineuse, vers la périphérie, d'une lame fibreuse. Le cartilage tarse occupant à chaque paupière la partie voisine du bord libre, est constitué par des lamelles fibreuses très résistantes, élastiques, étudiées par SECCHI et BIETTI (1896).

Le tarse inférieur est beaucoup moins développé en surface que le tarse supérieur. Des deux faces du tarse, la postérieure, concave, se moule sur le globe de l'œil, tandis que l'antérieure, convexe, répond au muscle orbiculaire. Reliés à leurs extrémités par un ligament palpébral, l'un externe l'autre interne, les tarses représentent les parties essentiellement mobiles des paupières. Dans l'épaisseur des tarses sont creusées les glandes de Meibomius.

A la périphérie du plan fibro-élastique, un ligament large réunit dans chaque paupière les tarses au rebord orbitaire.

Les deux ligaments larges et le ligament palpébral externe constituent par leur ensemble une sorte de cloison fibreuse appliquée contre la base de l'orbite, encore appelée *septum orbitale*.

Sous-jacente aux ligaments larges existe une couche musculaire de fibres lisses constitués par les deux muscles palpébraux de Muller, supérieur et inférieur.

Une couche muqueuse formée par la conjonctive tapisse la face postérieure des paupières, adhère intimement à la face postérieure des tarses, et se réfléchit en arrière au niveau des culs-de-sac supérieur et inférieur pour revêtir le segment antérieur du globe de l'œil.

La conjonctive présente au voisinage de ces culs-de-sac une série de plis transversaux parallèles et qui représentent des plis de locomotion, c'est-à-dire se prêtant à la mobilité des paupières.

Signalons enfin l'intense vascularisation des paupières : les artères palpébrales proprement dites provenant de l'artère ophtalmique, tandis que le système veineux des paupières est tributaire, pour sa plus grande partie, de la veine ophtalmique. Deux groupes lymphatiques, l'un interne, convergeant vers la racine du nez, aboutit aux ganglions sous-maxillaires, l'autre, externe, se jette dans les ganglions pré-auriculaire et parotidien.

L'innervation des paupières est assurée par des rameaux moteurs provenant de la branche supérieure du facial ; par de nombreux rameaux sensitifs et d'autres rameaux moteurs sympathiques.

Les paupières ménagent entre elles par leur bord

libre et quand l'œil est ouvert, une ouverture palpébrale transversale, légèrement oblique, variant sans cesse dans ses dimensions en largeur, pour délimiter la partie visible du globe de l'œil.

La paupière supérieure est beaucoup plus mobile et plus étendue que la paupière inférieure ; elle atteint le bord supérieur de la cornée, tandis qu'un intervalle de 2 millimètres environ sépare le bord inférieur de la cornée du bord supérieur de la paupière inférieure.

Lorsque l'œil se ferme, la paupière inférieure se porte en haut jusqu'à la cornée, tandis que la paupière supérieure glisse de haut en bas en recouvrant la cornée. Cette action de fermeture de l'œil est due à la contraction du muscle orbiculaire des paupières, sorte de sphincter musculaire de la fente palpébrale dont les fibres étalées entre le plan fibreux et le plan conjonctivo-cutané viennent s'insérer sur des tendons horizontaux au niveau des angles interne et externe.

Cet ensemble musculaire dessine en somme deux demi-cercles entourant l'ouverture palpébrale, et venant s'insérer sur les tendons angulaires. La contraction de ces deux demi-couronnes, prenant point d'appui sur leurs extrémités angulaires immobiles, a pour effet de raccourcir les deux arcs musculaires sur la corde représentée par une figure horizontale unissant les deux angles ; l'arc tend à se rapprocher de la corde ; ainsi la paupière supérieure arquée vers le haut dans l'ouverture, s'abaisse au point que les deux bords palpébraux se touchent. Ces mouvements sont commandés par des filets du nerf facial (faisceau supérieur du facial). Ils sont facilités par un relâchement du muscle antagoniste, le releveur de la paupière dont l'éventail tendineux s'étale en haut et en arrière de la paupière supérieure et

vient s'insérer sur le bord supérieur du tarse. Ce dernier muscle est régi par un filet du moteur oculaire commun.

Dans les mouvements d'ouverture de l'œil, la paupière supérieure se sépare de la paupière inférieure tout d'abord à sa partie centrale puis sur les côtés. Tandis que les deux tarses sont fixés à l'angle interne de l'orbite par le ligament interne, par contre le ligament externe permet la mobilité de l'angle externe de la fente palpébrale. Dans cette action d'ouverture de l'œil, il y a prédominance d'action du muscle releveur de la paupière supérieure. Ces mouvements d'ouverture ou de fermeture dans la fente palpébrale sont tantôt réflexes (clignement physiologique), tantôt volontaires (réflexe de défense).

Aux mouvements d'ouverture et de fermeture des paupières, s'associent des mouvements du globe oculaire. Dans la fermeture de la fente palpébrale, l'œil se déplace en haut et en dehors.

Des expansions aponévrotiques des muscles droit supérieur et droit inférieur et d'autres fibres musculaires lisses ajoutent leur action à celle des muscles précités.

Lors d'un déplacement vertical du globe oculaire vers le bas, c'est le bord libre de la paupière supérieure qui, parallèlement à la rotation du globe, suit la partie supérieure de la cornée vers le bas.

GOWERS admet que, lors du regard en bas, l'action de la convexité sclérale pousse vers le bas la paupière supérieure, tandis que la paupière inférieure serait abaissée par action de la cornée.

L'œil regardant vers le haut, il y a synergie d'action entre le bord libre palpébral supérieur et le globe oculaire. Le frontal élève le sourcil.

SABATIER et DORNECK admettent l'existence d'un méca-

nisme d'entraînement réciproque des paupières et du globe oculaire, mouvement surtout d'ordre passif, lié à l'accolement sur une large surface des muqueuses palpébrales et oculaires du fait du tonus musculaire et de l'élasticité du tarse.

L'œil regardant vers le bas, le muscle droit inférieur et son expansion palpébrale paraissent jouer le rôle principal, quoique HESSER, rejetant la notion anatomique, parle d'une double action de la musculature lisse. Mais quelle que soit la théorie invoquée, tout mouvement actif n'est possible que par suite du relâchement du muscle releveur. Relâchement synchrone avec la contraction du droit inférieur et le relâchement du droit supérieur qui conditionnent la rotation du globe vers le bas.

Les mouvements des paupières nécessitent donc pour leur harmonie le fonctionnement normal des fibres striées et des fibres lisses.

Nous avons insisté sur le mécanisme physiologique des mouvements palpébraux, car ils nous permettront de comprendre les nouvelles conditions créées par les techniques opératoires que nous allons présenter, et d'expliquer la persistance du dynamisme du voile palpébral en dépit des sections verticales ou horizontales pratiquées dans sa continuité.

Nous allons maintenant présenter les deux observations qui sont le fondement clinique de ce travail. Elles ont été recueillies à la Clinique ophtalmologique de l'hôpital Général à Montpellier.

OBSERVATION I

F. P..., 70 ans. camionneur à Montpellier, entre à la Clinique ophthalmologique le 11 avril 1927 parce qu'il ne voit plus normalement.

Père mort à 63 ans, mère morte à 50 ans d'affection ignorée. Deux frères morts en bas-âge, restent cinq frères ou sœurs bien portants.

Lui-même n'a jamais été malade. A l'âge de 18 ans, accident O. D., reçoit un éclat de bois ayant pénétré en pleine cornée profondément ; il arrache lui-même l'éclat ; cicatrisation dans les trois ou quatre jours, sans suites inflammatoires ni irritations ; mais la vision est restée abolie.

Début O. G., il y a 8 ans, par quelques papules au-dessous de l'angle interne, puis au-dessous de la paupière inférieure et en dehors de l'angle externe. En 1922, première application de radium du côté nasal ; deuxième séance en mars 1927 sur toute la région naso-palpébro-temporale. Les grosses masses dures néoplasiques ont disparu, laissant des cicatrices rétractées et adhérentes.

Actuellement bon état général, sauf quelques embarras gastriques passagers.

Déviation de la commissure labiale et de l'aile du nez vers la gauche par rétraction de la cicatrice. Denture en bon état.

O. D. : Entropion spasmodique et trichiasis de la paupière inférieure. Leucome adhérent de la cornée situé près du centre vers cinq heures. Iris déformé, déchiqueté, occlusion pupillaire, cataracte régressive et vision nulle. Tonus normal.

O. G. : Vaste cicatrice partant de l'aile gauche du nez jusqu'à la tempe, occupant toute la région maxillaire supérieure, la paupière inférieure ayant totalement disparu. Une peau mince, lisse, adhérente, ulcérée par endroits, occupe tout cet espace. Paupière supérieure tuméfiée, fortement

attirée en bas par la cicatrice de l'angle externe, tarse incurvé permettant un peu de vision en son milieu quand on relève la paupière avec le doigt.

Le globe oculaire gauche paraît propulsé en haut par du tissu de cicatrice. La cornée et les milieux paraissent normaux.

V. O. G. = 0,2 et 0,3 faible (en attirant la paupière en haut). Tonus normal.



Fig. 1. — Bec-de-lièvre opératoire, permettant la vision ; paupières ouvertes.

Il s'agit là d'un épithélioma récidivé de la paupière inférieure, traité à plusieurs reprises par des applications de radium. La paupière inférieure est totalement détruite. Le rebord orbitaire inférieur n'est plus recouvert que par une peau amincie, luisante, adhérente à l'os, avec ulcération récente à la partie interne.

La paupière supérieure est épaissie et déformée. Elle est adhérente à son extrémité interne vers l'ulcération néoplasique, et surtout du côté temporal où une cicatrice l'attire fortement vers le bas. Les photographies ci-jointes rendent compte de cette situation.

Le globe lui-même est peu mobile. Le tissu cicatriciel l'enchâsse et le fixe en strabisme *sursum vergent*. La cornée est entièrement recouverte par le voile palpébral ; elle est d'ailleurs en bon état. Mais, la pupille étant ainsi cachée, le

malade ne peut se conduire qu'en renversant la tête en arrière et en soulevant péniblement sa paupière avec le doigt.

Opération. — Le 1 mai 1927, incision verticale et médiane de la paupière supérieure gauche, sur 1 centimètre de hauteur environ, pour découvrir la pupille ; puis résection discrète des angles de la plaie ; sutures conjonctivo-cutanées de la tranche de section. La paupière, sectionnée dans toute son épaisseur, s'écarte en laissant une fente médiane en V renversé ; la pupille est dégagée et la vision rendue possible.

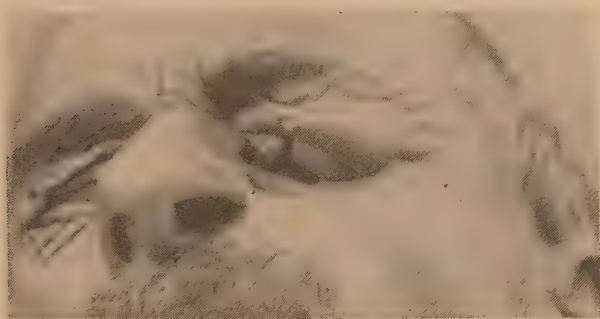


Fig. 2. — Paupières fermées ; occlusion suffisante pour recouvrir toute la cornée.

Contrairement à ce qu'on pourrait penser, la cornée est très bien recouverte par l'occlusion des paupières. En effet, l'orbiculaire n'a pas été sectionné dans toute son épaisseur et les faisceaux haut situés suffisent, en se contractant, à abaisser la paupière et à recouvrir le globe (fig. 2). Bien plus, la fente pratiquée se rétrécit sous l'influence de la contraction de l'orbiculaire, au lieu de s'élargir ; la comparaison des deux photographies ci-jointes en témoigne. Cette intervention a donc rendu la vision, en conservant la possibilité de l'occlusion. Le résultat fonctionnel a été excellent, comme le montre la photographie. Le malade a utilisé son œil pendant près de deux ans.

Il revient le 10 avril 1929. L'épithélioma a envahi le tiers supérieur de la joue, l'aile gauche du nez, et plonge profon-

dément dans l'orbite, dont la moitié inférieure n'est qu'une vaste ulcération anfractueuse et sanieuse. La paupière supérieure s'est encore abaissée à ses deux extrémités et recouvre à nouveau le globe, fixé en position haute. La prolongation de l'incision médio-palpébrale vers le haut permet encore de découvrir la pupille, mais la vision n'est plus que de 1/20, par atteinte probable du nerf optique.

Réflexions. — L'œil droit étant perdu, il n'y avait, de ce côté, qu'à traiter le trichiasis. Une raie de feu au galvano-cautère a ramené le bord ciliaire en léger ectropion.

L'œil gauche était plus complexe. En raison de sa bonne vision, de son recouvrement par la paupière supérieure et son immobilité, on devait créer une nouvelle fente palpébrale permettant la vision et assurant, avec l'occlusion palpébrale, la protection de la cornée.

Trois procédés étaient à examiner :

1^o Abaisser le globe par avancement du muscle droit inférieur ou reculement du droit supérieur. Les adhérences blépharo-conjonctivales et l'enclavement musculaire ne le permettaient pas ;

2^o Faire une fente médio-palpébrale supérieure en greffant en bas la partie inférieure de la paupière par simple avivement et suture, ou suivant l'excellent procédé en plusieurs temps de M. DUPUY-DUTEMPS. Le mauvais état cicatriciel de la peau sous-orbitaire, l'absence de toute paupière inférieure et la récidive angulaire de l'épithélioma, rendaient cette opération impraticable. L'étoffe palpébrale était insuffisante et surtout toute greffe était vouée à l'échec sur les tissus inférieurs, minces, lisses, adhérents et ulcérés. Enfin l'œil étant fixé en position haute, le résultat visuel eût été aléatoire.

3^o *Fente palpébrale en V, médio-verticale.* Nous avons donc, dans ce cas difficile, sectionné la paupière dans toute son épaisseur, sur une hauteur de 1 centimètre environ, au niveau de la pupille en vision horizontale normale. Les angles réséqués, la peau et la muqueuse étant réunies par cinq points de suture, deux sur les côtés et un dans l'angle,

on a obtenu une fente en V renversé. Cette ouverture, sorte de bec-de-lièvre palpébral, permet la vision dans toutes les directions avec une certaine limitation du champ visuel latéral. Mais le résultat pratique a été excellent et a permis une vue suffisante pendant près de deux ans.

OBSERVATION II

Madame A. D..., 78 ans, sans profession. Entre à la clinique ophtalmologique le 7 février 1911 pour récurrence d'épithélioma de la paupière inférieure droite ayant commencé il y a une dizaine de mois.

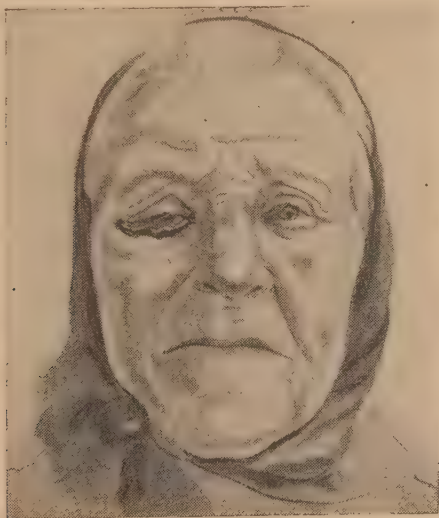


Fig. 3. — Epithélioma de la paupière inférieure
empiétant sur les angles externe et interne
(Une injection de colorant permet de faire mieux ressortir la lésion)

La malade avait présenté il y a trois ans et demi un épithélioma de la paupière inférieure en sa partie moyenne qui

s'était ulcéré et avait gagné le bord libre, s'accompagnant de réaction conjonctivale et de larmoiement.

L'exérèse chirurgicale était pratiquée quelques mois après, il en résultait une guérison palpébrale **complète**, mais persistait une réaction conjonctivale et du larmoiement.

La récédive qui ramène la malade a, semble-t-il, débuté par la muqueuse de la partie moyenne et a rapidement envahi la paupière. L'ulcération s'est étendue progressivement d'une façon rapide et indolore. Il y a eu de fréquentes hémorragies en nappe. A l'heure actuelle, il existe une destruction totale de la paupière inférieure droite, la perte de substance s'étend en largeur de l'angle interne qui est envahi sur toute sa lèvre inférieure et en partie sur le versant nasal comprenant également la caroncule jusqu'à l'angle externe où l'ulcération mord un peu sur la peau voisine. Elle s'étend en profondeur à tous les plans palpébraux, muqueuse comprise ; le cul-de-sac conjonctival existe partout, mais est de profondeur très réduite surtout en dedans. Le point et le canalicule lacrymal inférieur sont détruits. Il existe une hyperémie de la conjonctive bulbaire et du cul-de-sac inférieur.

La palpation permet de noter une infiltration de consistance assez dure, fixée à la profondeur, surtout à ses deux extrémités. Ces adhérences gênent considérablement le relèvement de la paupière supérieure qu'elles brident en dedans et en dehors.

Le point lacrymal supérieur n'est pas détruit, mais le cathétérisme et l'injection de liquide sont impossibles. Le globe oculaire n'est aucunement atteint, on ne constate pas d'adénopathie prétragienne ou sous-maxillaires.

Le 12 février la malade est opérée. L'intervention consiste tout d'abord en une très large ablation de la partie malade, ablation qui porte même sur la peau saine et qui en profondeur intéresse le tissu cellulo-adipeux. Les nodules et les zones de tissus suspects sont détruits au galvanocautère. Il faut ensuite procéder à la réfection de la perte de substance. Celle-ci est faite en deux temps :

1^o Autoplasie muqueuse aux dépens de la conjonctive de la paupière supérieure et des culs-de-sac supérieurs.

2^o Autoplastie cutanée par glissement d'un lambeau semi-circulaire de la région jugo-malaire selon la méthode hongroise. Blépharorrhaphie. Ultérieurement ouverture à quelques millimètres au-dessus de la tarsorrhaphie en pleine paupière supérieure.

Un petit incident doit être noté. Par suite de la blépharorrhaphie totale, il y a eu accumulation des larmes qui ne pouvaient s'écouler. On a dû pratiquer une incision du côté externe.

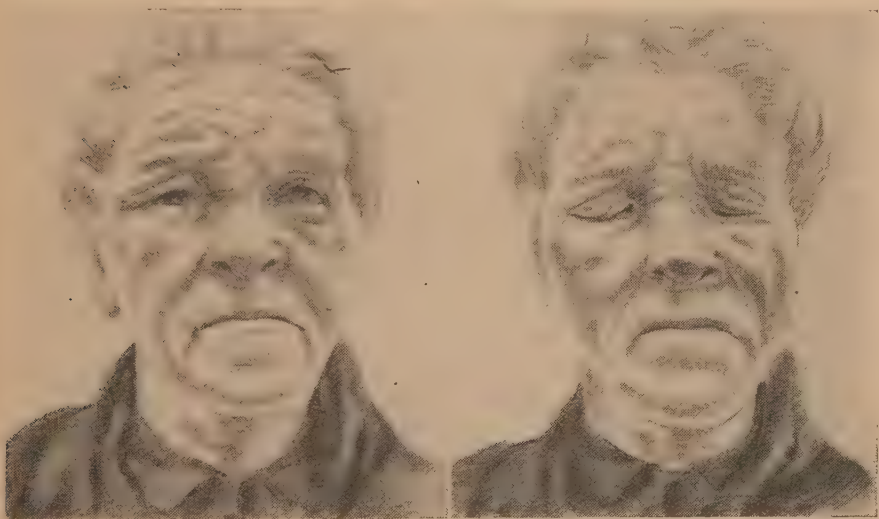


Fig. 4.

Fig. 5.

La même malade après intervention.

L'ouverture palpébrale s'avère insuffisante, on l'agrandit quelques jours plus tard au bistouri électrique.

La malade sort de la clinique ophthalmologique le 1^{er} mai avec une nouvelle fente palpébrale optique et une paupière inférieure parfaitement reconstituée.

**CONDITIONS
ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES
DU FONCTIONNEMENT
DES NOUVELLES FENTES PALPÉBRALES**

PREMIÈRE OBSERVATION : FENTE VERTICALE

Chez le malade de la première observation la paupière inférieure avait disparu et la rétraction cicatricielle avait attiré la paupière vers le bas ; cette traction s'exerçant par les deux angles interne et externe, le rideau palpébral était descendu au point de masquer la pupille et d'empêcher toute vision. L'œil opposé étant nul, il fallait intervenir pour rendre possible l'acte visuel. L'opération choisie a été simple et originale : la paupière supérieure a été divisée en deux par une section verticale médiane et l'opéré a pu voir à travers cette ouverture. Deux dangers toutefois semblaient devoir menacer cet artifice transpalpébral : d'abord l'immobilité accrue de la paupière par section du muscle orbiculaire ; ensuite l'écartement des deux lambeaux sectionnés avec menace de lagophtalmie. Voyons comment ces deux périls ont pu être conjurés.

La paupière supérieure, attirée vers le bas par une traction cicatricielle agissant à ses deux extrémités était, avant l'opération, presque entièrement immobile. En

effet l'orbiculaire n'avait pas à la fermer, puisqu'elle était maintenue constamment en position de fermeture ; et le muscle releveur ne pouvait exercer qu'une très faible ascension, puisqu'elle était rivée à ses deux extrémités par des brides cicatricielles. La section verticale de la paupière pouvait-elle lui faire recouvrer une partie de sa souplesse et améliorer son jeu ?

A priori on pouvait penser que le fonctionnement du voile palpébral serait pire qu'avant l'opération. En effet, l'orbiculaire, partagé en deux tronçons, ne devait plus avoir d'effet constrictif ; ses deux extrémités prenant point d'appui sur les angles interne et externe pouvaient être capables tout au plus d'exercer une traction sur le moignon correspondant pour élargir la fente pratiquée.

Le releveur de la paupière, également divisé en deux parts, paraissait capable d'exercer un léger soulèvement de la portion médiane des lambeaux, libérée par l'incision ; mais la portion périphérique restant fortement attachée aux angles interne et externe, limitait forcément le jeu du relèvement palpébral.

En somme, l'action des muscles se bornait à une traction des deux fragments de l'orbiculaire, ayant pour effet d'attirer vers la périphérie les deux tronçons de la paupière et de découvrir la cornée. D'ailleurs le simple tonus du muscle orbiculaire après section de ses fibres suffit à écarter des lèvres d'une plaie verticale des paupières ; le fait est avéré et bien connu des opérateurs. L'œil courait donc le grave danger d'être à découvert et de rester sans protection, même au repos et pendant le sommeil. Cette lagophtalmie a cependant été évitée. L'opéré pouvait ouvrir la fente et regarder à travers ce hublot vertical élargi. Au repos, il rapprochait ses deux

tronçons des paupières, fermait la fente et recouvrait parfaitement la cornée.

Essayons d'analyser le mécanisme de ces mouvements qui paraissent quelque peu paradoxaux. Les nouveaux mouvements de la paupière supérieure s'exécutent non plus de bas en haut et de haut en bas, comme ceux d'un rideau de théâtre ; ils s'opèrent de gauche à droite et de droite à gauche par traction bilatérale, de part et d'autre d'une fente médiane, à la manière des deux rideaux d'une fenêtre. Cette ouverture par traction bilatérale ne peut être due qu'à l'action du muscle orbiculaire, ou plutôt de ses deux tronçons, soudés à leur extrémité angulaire, comme nous l'avons exposé plus haut. On arrive ainsi à cette constatation paradoxale : *le muscle orbiculaire normalement dévolu à la fermeture des paupières, joue chez notre opéré un rôle d'ouverture.*

En ce qui concerne la fermeture de la fente verticale, le mécanisme nous paraît plus difficile à saisir. Le relâchement de l'orbiculaire en est la condition essentielle. Mais suffirait-il à lui seul à combler la brèche palpébrale ? Nous ne le croyons pas : dans une paupière supérieure normale, l'incision verticale ouvre une perte de substance triangulaire dont les bords n'ont aucune tendance à se rapprocher ; le tonus du muscle orbiculaire au repos tend, au contraire, à les éloigner et à agrandir la fente.

Il faut sans doute ici faire intervenir une souplesse moindre des tissus palpébraux de ce muscle, et une légère action du releveur et du frontal, qui, par leur contraction, peuvent rassembler les lissus et diminuer l'ouverture.

DEUXIÈME OBSERVATION : FENTE HORIZONTALE

La deuxième observation apporte un exemple d'un procédé opératoire nouveau de réfection de la fente palpébrale en cas de disparition totale de la paupière inférieure. Un épithélioma a détruit la totalité de celle-ci, érodé la muqueuse, empiété sur le cul-de-sac et les angles. L'abrasion large des tissus atteints a créé une vaste perte de substance avec absence totale de tout tégument palpébral et de toute doublure conjonctivale. Telle était la situation. Comment y remédier ?

La reconstitution de la peau est relativement aisée ; les diverses autoplasties et greffes apportent l'étoffe nécessaire. Ici nous avons utilisé la méthode hongroise de IMRE, par glissement d'un large lambeau semi-circulaire de la région jugo-malaire. Mais un lambeau cutané, même bien nourri par un large pédicule, comme dans notre cas, ne peut sans danger être laissé en l'air, sans support conjonctif sous-jacent, sans autre voie d'alimentation que les bords suturés aux tissus voisins. Il est voué à l'hyponutrition et à la nécrose, non moins qu'à l'infection d'origine conjonctivale.

Il faut donc un support connectif, une surface profonde, mieux, une doublure muqueuse. Dans notre cas, inspiré par les opérations de glissement autoplastique palpébro-conjonctivaux jadis imaginés par DUPUY-DUTEMPS, nous avons tenté de faire appel à la conjonctive de la paupière supérieure et du cul-de-sac supérieur. Cette dernière paupière a été dédoublée parallèlement à sa surface par une section marginale prolongée jusqu'au fornix supérieur en deux lames, l'une antérieure, musculo-cutanée, l'autre postérieure, tarso-con-

jonctivale. Cette dernière lame, libérée, mobilisée et attirée vers le bas, a été suturée au bord conjonctival du fornix inférieur par quatre ou cinq points de catgut. Sur ce plan tarso-muqueux avivé, nous avons étalé notre greffon cutané, relié par des sutures aux tissus voisins et au bord ciliaire de la paupière supérieure.

La cicatrisation s'est opérée dans d'excellentes conditions, sauf rétraction cicatricielle excessive vers le bas, de sorte que le bord ciliaire supérieur est descendu à proximité du rebord orbitaire inférieur. Dans ces conditions, pour refaire une fente palpébrale, on ne pouvait ouvrir au niveau de la blépharorrhaphie ; la fente aurait été beaucoup trop basse, et la paupière inférieure presque inexistante. Nous avons ouvert à quelques millimètres plus haut, en pleine paupière supérieure et à un millimètre du bord supérieur du tarse.

Dans ces conditions, la situation de la fente palpébrale s'est avérée favorable pour la vision et au point de vue esthétique, comme le montre la photographie de la figure 4. Au point de vue physiologique, elle s'ouvre et se referme suivant le rythme habituel, en synchronisme avec le jeu de la paupière opposée, mais avec une moindre amplitude. Le mécanisme de ces mouvements, en l'absence de toute la moitié inférieure du muscle orbiculaire, mérite d'être étudié plus attentivement.

Notons d'abord deux singularités. Le nouveau bord de la paupière supérieure est entropionné, au point que la peau s'enroule en arrière et arrive au contact de la cornée. Cette tendance à l'ectropion notable à l'état statique, s'exagère à l'état dynamique, quand la paupière se relève et dans le regard en haut. Par contre, sur le bord inférieur, la peau est en léger ectropion et

découvrir le bord du tarse dénudé qui fait une légère saillie dans la fente palpébrale.

L'entropion marginal supérieur est dû à l'action du muscle releveur. Le tonus de ce muscle au repos suffit à l'amorcer ; sa contraction l'accroît fortement. D'autre part, il ne reste à la paupière supérieure qu'un petit ruban de tarse, large de un millimètre environ ; il offre un faible point d'appui et une résistance bien fragile aux tractions du releveur palpébral, qui s'insère sur son bord supérieur. C'est la raison de la rétraction anormale de la lèvre postérieure, tarso-conjonctivale, de cette paupière. Le frottement de la peau ainsi attirée contre la cornée est parfois ressentie par la malade comme une gêne légère, mais n'a pas eu d'incidences pathologiques pour cette membrane.

A la paupière inférieure, nous l'avons dit, le phénomène est inversé, la peau est légèrement tirée vers le bas, tandis que le bord tarso-conjonctival s'élève au-dessus du plan marginal comme une petite vanne (TRUC). Devons-nous attribuer cette rétraction tégumentaire au tonus de l'orbiculaire ? ou plutôt à la rétraction cicatricielle du greffon ? Peu importe. Le fait est patent, et l'on doit en tenir compte à l'avenir pour pratiquer ce genre d'intervention.

Dans la section palpébrale, nous avons coupé les tissus perpendiculairement au plan cutané, attaquant la peau et le tarse sur un même niveau horizontal. Les rétractions secondaires constatées commandent une ligne de conduite différente. Il faut sectionner la peau plus haut que le tarse : on pratiquera la section en deux temps : d'abord la peau, au niveau de la future fente palpébrale, puis le tarse, 1 millimètre à 1 mm. 5 plus bas. Ce chiffre de 1 mm. 5 nous est inspiré par le degré

de saillie du tarse sur le bord palpébral inférieur. On corrigera ainsi d'avance la tendance rétractile de la peau marginale, c'est-à-dire l'entropion en haut et l'ectropion en bas.

Autre question. Comment s'effectuent les mouvements palpébraux dans les conditions anatomiques nouvelles créées par cette opération ? L'ouverture palpébrale est due au soulèvement de la paupière supérieure par le releveur. Comme ce muscle est intact son jeu continue comme dans les conditions normales. Seulement le point d'appui inférieur représenté par une mince lamelle de tarse est plus instable qu'à l'état normal et se laisse entraîner en entropion par le tonus et les contractions du muscle. Nous insistons sur la nécessité de laisser en place dans tous les cas la portion supérieure du tarse ; sur elle viennent s'insérer les fibres de ce muscle, et la suppression de cette insertion pourrait avoir des conséquences funestes sur le jeu palpébral ; le relèvement de la paupière serait évidemment beaucoup moins complet.

La fermeture s'opère par la contraction des fibres de l'orbiculaire restées dans la paupière supérieure ; elles contrarient l'action du releveur et ramènent en bas le voile palpébral. Une portion importante de ces fibres, et leur renforcement para-marginal connu sous le nom de « muscle de Riolan », se trouvent actuellement incluses dans la paupière inférieure. Quel peut être leur rôle dans la nouvelle situation anatomique et peuvent-elles en avoir un ? Etant données leurs connexions nerveuses, elles agiraient dans le même sens que les fibres restées dans la paupière supérieure, si elles agissaient de façon évidente. Mais leur contraction est gênée par les multiples adhérences avec le greffon cutané sous-jacent, avec les plans latéraux, avec le plan

postérieur, constitué par le tarse, énorme plaque rigide qui les immobilise sur toute son étendue. En fait ces fibres musculaires inférieures ne jouent aucun rôle appréciable ; la paupière inférieure ne subit que des mouvements de faible amplitude vers le haut et le bas. Ce fait n'entraîne d'ailleurs aucune gêne pour la vision et n'a même pas de conséquences fâcheuses au point de vue esthétique.

CONCLUSIONS

Nous venons de présenter dans ce travail deux nouvelles méthodes opératoires pour suppléer à la disparition de la paupière inférieure, que cette disparition soit d'origine traumatique, infectieuse ou cancéreuse.

La première consiste à inciser verticalement la paupière supérieure quand elle est attirée vers le bas par rétraction cicatricielle. La fente médiane ainsi pratiquée rétrécit légèrement le champ visuel, mais permet une vision et une orientation suffisantes.

Les mouvements d'ouverture et de fermeture palpébrales continuent à s'effectuer dans ces conditions anormales ; la fente peut se fermer, ce qui protège la cornée contre les conséquences de la lagophtalmie. Toutefois, elle doit être considérée comme une opération d'exception, répondant à certaines conditions cliniques définies : œil unique, rétraction cicatricielle de la paupière supérieure vers le bas, nécessité de dégager la pupille, autoplastie malaisée, impossible ou inutile.

La deuxième opération est une autoplastie palpébro-palpébrale, qui peut être utilisée dans tous les cas de destruction totale de la paupière inférieure. Elle comporte d'abord une greffe cutanée à lambeau ou par glissement suivant la méthode hongroise, puis un décol-

lement de la conjonctive de la paupière supérieure qui est attirée et suturée au cul-de-sac inférieur. Quand la paupière inférieure est ainsi reconstituée, on crée une nouvelle fente palpébrale en l'incisant horizontalement de l'angle externe à l'angle interne, à travers le tarse supérieur.

On obtient ainsi une nouvelle fente palpébrale horizontale qui s'ouvre et se ferme dans de bonnes conditions (voir fig. 4 et 5). Avec quelques précautions de détail — section oblique en bas et en arrière — le jeu palpébral sera sauvegardé et l'aspect esthétique même sera satisfaisant.

Donc cette deuxième opération, par les avantages qu'elle présente, plastie cutanée et muqueuse par glissement, conservation optima de l'anatomie et de la physiologie palpébrales, bon résultat esthétique, nous paraît pouvoir être recommandée dans tous les cas où l'on a à refaire une paupière inférieure.

BIBLIOGRAPHIE

- ADDARIO. — Blepharo-plastica resultati immediati e definitivi. *Progresso oftal.* Palermo, 1909-10, V, p. 95, 103.
- BECK. — Plasti operation for restoration of cyclids. *Surg. clin.*, Chicago, 1919, III, p. 47-51.
- BIRCH HIRSCHFELD. — Tarsoplastik nach Budinger Klin. *Monats f. Augenh.*, Stuttgart, 1905, XLIII.
- CIRINCIONE. — Sulla blepharoplastica. *Clin. Ocul*, Palermo, 1901, p. 449.
- DELORD, COLIN et DEJEAN. — Le procédé en vanne de Truc. *Archives d'ophtal.*, décembre 1934, n° 12, p. 763.
- DUCUING, CONADAU et LU-VAN-XUONG. — Le traitement de l'épithélioma des paupières. *Arch. d'ophtal.*, n° 11, novembre 1936.
- DUPUY-DUTEMPS. — Autoplastie palpébro-palpébrale intégrale. *Annales d'ocul.*, décembre 1927, p. 915.
- DUVERGER et VELTER. — Thérapeutique chirurgicale ophtalmique. Paris, 1926. Masson et C^{ie}, édit., p. 131 et suivantes.
- DUVERGER. — Procédé permettant la réfection exacte du bord libre des paupières.
- KÖLLNER. — *Société d'Ophthalmologie de Berlin* (premier semestre 1911) et *Archives d'Ophthalmologie*, 1911.
- LANDOLT (E.). — Nouveau procédé de blépharoplastie. *Arch. d'ophtal.*, 1881.
- LIETO VOLLARO (DE). — Risultati di plastiche palpebrali. *Arch. di Oftal.*, Napoli, 1912-13, XX, p. 425.
- LU-VAN-XUONG. — Contribution à l'étude de l'épithélioma des paupières. *Thèse de Toulouse*, 1936.
- MAGALDI. — Casuistica della blepharoplastica. *Ann. di Oftal.*, Pavia, 1903, XXXII, p. 455.
- MARIN AMAT. — Estudio de las blefaroplastias. *Arch. de oftal. Hispano-Am.*, Barcelona, 1913, XIII, p. 57.
- MORAX. — Technique opératoire des épithéliomas marginaux des paupières. *Bull. et mém. de la Soc. fr. d'ophtal.*, Paris, mai 1923.

- POULARD. — Traité d'ophtalmologie. Paris, 1923, t. I. Masson et C^{ie}, édit., Paris.
- Autoplasties palpébrales. *La Clin. ophtal.*, Paris, 1919, XXIII, p. 413.
- ROUCHAUD. — Contribution à l'étude des bléphéroplasties. *Thèse de Paris*, 1926.
- SAINT-MARTIN (DE). — Les autoplasties palpébrales par la méthode hongroise. *Soc. Ophtal. Est-France*. In *Bull. Soc. Ophtal.*, Paris, octobre 1936, n° 7, p. 648.
- L'excision des cancers des paupières d'après la technique d'Imre. *Bull. de la Soc. d'Ophtal. de Paris*, n° 1, janvier 1937, p. 36.
- SSAPIEJKO. — Contribution clinique à l'étude de la greffe muqueuse. *Wiessnikt oph.*, 1891.
- TRUC et Ch. DEJEAN. — Blépharotomie en V renversé. *Archives d'oph.*, n° 6, juillet 1929, p. 396.
- VALDMAN (J.). — Un nouveau procédé de plastique palpébrale. L'autoplastie palpébro-palpébrale intégrale. *Thèse de Paris*, 1929.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

VU :

Montpellier, le 10 mai 1941.

Le Doyen,

EUZIÈRE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Montpellier, le 13 mai 1941.

P. Le Recteur,

SARRAILH.

